

Jerzy Samochowiec¹, Ryszard Kamiński¹, Anna Hajduk¹,
Anna Skrzypińska², Georg Arentowicz³

PACJENT Z FOBIA W FOTELU DENTYSTYCZNYM

A DENTAL PATIENT WITH PHOBIA

¹Katedra i Klinika Psychiatrii PAM w Szczecinie

Kierownik Kliniki prof. dr hab. Jan Horodnicki

²Gabinet Stomatologiczny AS w Szczecinie

³AZIP Arbeitsgruppe Zahnärztliche Implantatprothetik, Köln, Niemcy

**dental anxiety
phobia**

Autorzy przedstawiają etiologię fobii dentystycznej. Artykuł zawiera również propozycje określonych technik relaksacyjnych oraz rozpraszających uwagę pozwalających opanować lęk pacjentów przed fotelem stomatologicznym i wykonywanymi procedurami leczącymi.

Summary: This article discusses dental anxiety and phobia. Authors present background information, including incidence and ethiology. A discussion of evaluative techniques for assessing anxiety levels follows. Examination and treatment planning are considered in relation to this patient's special needs. This article stresses behavioural treatment modalities that eliminate the debilitating phobia. To summarise, the article presents practical information regarding prevention of dental phobia and the merits of incorporating this type of patient into a dental practice.

Wstęp

Niektórzy klinicyści twierdzą, że być dobrym lekarzem to nie znaczy tylko efektywnie leczyć, ale również skutecznie zwalczać lęk, który nieodłącznie towarzyszy choremu. Unikanie wizyt u stomatologa z powodu „lęku stomatologicznego” to poważny problem.

Czy ludzie unikają dentystów po prostu dlatego, że są nieświadomi, jak ważne są regularne wizyty? Najwyraźniej nie. W jednym z badań 92 proc. respondentów stwierdziło, że powinno się odwiedzać stomatologa co najmniej raz w roku, ale tylko 45 proc. przyznało, że naprawdę tak postępuje [1]. Uważa się, że około 8—15 proc. Amerykanów unika leczenia stomatologicznego, ponieważ się go boi. Daje to w sumie 25 milionów osób [2, 3, 4]. Należy zaznaczyć, że są to bardziej niż tylko zwykli pacjenci lękowi — są to prawdziwi stomatologiczni „unikacze”. Około 50 proc. wszystkich pacjentów doświadcza w znacznym stopniu lęku powiązanego z wizytami u stomatologa — jest to wystarczający powód, aby środowisko stomatologów skierowało na ten problem swoją uwagę [5].

Strach i lęk

Psychoanaliza to gałąź psychologii i psychiatrii zagłębująca głęboko w ludzki umysł i koncentrująca się na sposobie, w jaki jednostka doświadcza życia. Poczynając od kla-

sycznej pracy Zygmunta Freuda z 1926 roku „Problem lęku”, emocje – zwłaszcza strach i obawa (lęk) – są głównym polem psychoanalitycznych badań [6].

Strach jest pierwotną emocją, która sygnalizuje nam prawdziwe (realne) niebezpieczeństwo. W procesie ewolucji stał się jednym z podstawowych czynników zapobiegających doznaniu krzywdy. Gdy niebezpieczeństwo zostaje rozpoznane, strach zmusza jednostkę do skoncentrowania całej uwagi na zaistniałej sytuacji. Taka osoba, z bijącym sercem, znajduje się w stanie gotowości do podjęcia działania; najpewniejszym sposobem uwolnienia się od nieprzyjemnych uczuć jest zmiana sytuacji. Nic nie wywołuje takiego strachu jak ból. Doświadczenie powodujące ból będzie w przyszłości unikane.

Obawa (lęk) jest to strach oderwany od specyficznej sytuacji, z którą był pierwotnie związany. Jedną z cech charakterystycznych lęku jest to, że nie podlega on świadomej kontroli; innymi słowy, ludzie mają niewielką możliwość, aby przestać się obawiać, a często nie wiedzą nawet, co jest źródłem tych obaw.

Lęk jest synonimem strachu, z wyjątkiem tego, że odczuwane zagrożenie jest trudne do określenia. Fobia to trwały i nieracjonalny strach przed specyficznym obiektem, czynnością lub sytuacją, w wyniku którego powstaje nieprzewyciężona chęć uniknięcia przykrego bodźca; tym samym fobia = strach + unikanie.

Etiologia

Osoby cierpiące na fobię dentyścyczną (dentophobia) powszechnie podają jej dwa źródła. Albo przeszły bolesny, traumatyczny zabieg stomatologiczny, albo doświadczyły negatywnych przeżyć w interakcji ze stomatologiem lub personelem gabinetu [7].

Większość ludzi po raz pierwszy przeżyła zabieg stomatologiczny w dzieciństwie. Takie dziecięce doświadczenie było z reguły bolesne, a niekiedy traumatyczne. Mali pacjenci zazwyczaj są nie przygotowani do wizyty u dentysty i bezradni. Muszą przyjąć pozycję, którą często odbierają jako „pozycję poddania”; leżą na plecach z otwartymi ustami. U dzieci możliwości intelektualne są jeszcze nie w pełni rozwinięte, więc ich zdolność do zrozumienia, że korzyści z zabiegu przeważają nad bólem, jest ograniczona. Od czasu do czasu lekarz zwraca im uwagę, aby były cicho i nie przeszkadzały; w konsekwencji — mogą czuć się zupełnie bezsilne [8,9].

Stosunek dziecka do stomatologa może być również odbiciem nastawienia rodziców (osób ważnych). Okazuje się, że czasami dzieci boją się dentysty zanim jeszcze odwiedzą gabinet po raz pierwszy. Połączenie podobnego doświadczenia (np. wizyty w gabinecie lekarskim lub w izbie przyjęć) z doświadczeniem wizyty u dentysty (np. wizyta w gabinecie lekarskim lub w izbie przyjęć) jest znane jako generalizacja bodźca. Jeśli jedno lub oboje rodziców czuje awersję, dziecko może odbierać wizytę u stomatologa jako coś, czego należy unikać. Nic więc dziwnego, że wielu dorosłych odczuwa tak silny strach przed dentystą, iż unika regularnych wizyt. Z czasem nie jest to już wyłącznie strach, ale lęk, pod wpływem którego człowiek obawia się nie tylko konkretnych źródeł bólu (np. borowania, szlifowania, znieczulenia miejscowego, ekstrakcji zęba), ale wszystkiego, co z dentystą jest związane – od zapachu gabinetu do odgłosów borowania [10].

Planowanie leczenia

Istnieją czynniki utrudniające stomatologom zwracanie uwagi na strach i dyskomfort pacjentów. Nawet, gdy wykonują rutynowy zabieg, ich uwaga skupia się na wielu detalach,

a niekiedy na potoczny i niesprawiedliwy wyobrażeniu o nich jako sprawcach bólu. Dentysta musi myśleć o wielu rzeczach. Pacjent, leżąc i nie mając czym zająć swojej uwagi, zazwyczaj myśli o doświadczanym bólu.

Dentyści mogą przeciwstawić się powszechnemu postrzeganiu ich jako ludzi powodujących ból poprzez przedstawienie siebie jako przeciwników bólu. Mogą wykazać, iż zwalczają ból zębów, gdy się już pojawi, oraz że chronią ludzi przed doświadczaniem takiego bólu w przyszłości. Mogą także podkreślać, że współczesna stomatologia poczyniła znaczne postępy w opracowywaniu metod leczenia, w których ból jest zminimalizowany.

Wiele osób z fobią stomatologiczną cierpi na cały zespół zaburzeń psychicznych i emocjonalnych — fobia jest tylko jednym z nich. Niektóre zaburzenia lękowe prowadzą nawet do rozwoju kryzysu lękowego lub zespołu paniki [11,12]. Podczas wizyty może to stanowić poważny problem. Dlatego ważne jest, aby uzyskać informacje o postawie pacjenta wobec „spotkania ze stomatologiem” jeszcze przed rozpoczęciem leczenia. W takich ekstremalnych przypadkach zalecana byłaby konsultacja z psychologiem lub psychoterapeutą. Osoby cierpiące na fobię czują ulgę dowiadując się, że w rzeczywistości cierpią na rozpoznawalne i często występujące zaburzenie behawioralne. Plan leczenia układany jest na zasadzie negocjacji. Równe znaczenie powinno być przykładane zarówno do wymagań i potrzeb pacjenta, jak i celów, które chce osiągnąć stomatolog. Rozpoczyna się proces gruntownej edukacji — na wszystkie pytania należy odpowiedzieć przed podjęciem jakichkolwiek działań. Oryginalność i wyobrażenia stomatologa bardzo pomogą w przygotowaniu dostosowanego do pacjenta programu leczenia. Często konieczne są elastyczne zmiany w „powszechnym” porządku leczenia, tak aby pacjent zachował poczucie komfortu i zyskał motywację do kontynuowania leczenia.

Uwagi ogólne

Trzeba rozmawiać z każdym pacjentem na temat bólu i strachu. Stomatolog powinien się zorientować, czego konkretnie obawia się pacjent. Jedni mogą odczuwać strach przed zastrzykiem, inni boją się borowania, jeszcze inni obawiają się poczucia utraty kontroli. Jeżeli wiadomo, co wywołuje lęk u pacjenta, można się skupić na pomocy właśnie w tym obszarze. Zapewnienie, że lekarz zrobi wszystko, aby zniwelować ból, we współpracy z pacjentem, z pewnością bardzo pomogłoby choremu się odprężyć. Aby dokładnie określić sytuacje wywołujące strach, można posłużyć się kwestionariuszem. Ten sposób pozwala stworzyć hierarchię bodźców lękowych, poczynając od najmniej przerażających sytuacji.

Rozpoczynając się od wyczerpującego wywiadu pełne badanie pacjenta, obejmujące historię jego przeszłych doświadczeń, powinno pomóc stomatologowi w poznaniu źródła lęku. Pacjenci, zachęceni do mówienia, często w pełni z tego korzystają. Taka rozmowa pozwala również na budowę obopólnego zaufania, które jest podstawą udanej terapii.

Ważne jest, aby stomatolog zwrócił uwagę na język ciała. Pacjenci lękowi okazują zaniepokojenie poprzez szybkie przekładanie rąk z miejsca na miejsce, przysiadanie, a także dotykanie twarzy. Niektóre wskaźniki fizjologiczne, takie jak ciśnienie krwi, rytm serca czy pocenie się dłoni, często wskazują na podniecenie u pacjentów lękowych i z fobią.

Modyfikacje leczenia stomatologicznego

Dla pacjentów lękowych opracowano procedury relaksacyjne. Stomatolog, który się

z nimi zapozna, będzie dysponował dodatkowym narzędziem w zwalczaniu niepokoju swoich pacjentów. Trening relaksacyjny odpręża fizycznie, co powoduje na pełniejsze skupienie na odprężeniu psychicznym. W badaniach przeprowadzonych w latach 40. Wolpe wykazał, że człowiek nie może być jednocześnie spięty fizycznie i odprężony umysłowo. Odkrył również, że doprowadzenie w jakikolwiek sposób do relaksu mięśni powoduje uspokojenie centralnego systemu nerwowego i procesów mentalnych. Prawdopodobnie był to początek rozwoju naszej wiedzy o neurotransmiterach (takich jak katecholaminy czy endorfiny) [13].

Podstawowe ćwiczenia relaksacyjne redukujące lęk to sterowane wyobrażenia oraz stopniowe rozluźnianie mięśni. Pacjent wyobraża sobie miłą scenę, w której bierze udział, jednocześnie wolno i głęboko oddychając przeponą. Powstałe w ten sposób pozytywne odczucia wpływają na jego rozluźnienie. Następuje ogólne rozluźnienie mięśni, a pacjenci cierpiący na fobię o umiarkowanym nasileniu wykazują niższy poziom zdenerwowania. Taka osoba może być poddana zabiegowi i jest w stanie powrócić do tego wyobrażenia w każdej chwili, gdy jest to konieczne. Stopniowe rozluźnienie mięśni polega na naprzemiennym napinaniu i rozluźnianiu różnych grup mięśniowych w wygodnej, półleżącej pozycji (technika Jacobsona). Częścią procesu jest również powolny oddech przeponą. Ćwiczenie zaczyna się od mięśni stóp i nóg, i kontynuuje coraz wyżej, aż do mięśni głowy i szyi. Mięśnie twarzy ćwiczymy jako ostatnie, ze szczególnym uwzględnieniem głębokiego rozluźnienia mięśni szczękowych [14]. Działanie wszystkich technik relaksacyjnych pogłębiamo poprzez powtarzanie ćwiczeń. Pacjentom poleca się codzienne wykonywanie tych ćwiczeń pomiędzy wizytami. Stomatolodzy z dodatkowym doświadczeniem w zakresie stosowania technik relaksu są dla pacjentów z fobią najlepszymi instruktorami, ponieważ mogą najlepiej symulować prawdziwe sytuacje.

Stopniowe odwrażliwianie jest techniką, w której pacjent poddawany jest wpływowi kolejnych bodźców wywołujących strach. Unikanie nasila lęk i fobię, ale działanie bodźca osłabia jego wpływ. Stopniowe odwrażliwianie polega na powolnym poddawaniu pacjenta działaniu nieprzyjemnego bodźca o coraz większym nasileniu. Trening relaksacyjny oraz stopniowe odwrażliwianie są zazwyczaj stosowane razem. Pacjent proszony jest o rozpoczęcie ćwiczeń relaksacyjnych. Następnie rozpoczyna się rozmowę na temat przykrego bodźca. Pacjent dowiaduje się jak najwięcej na jego temat oraz zachęcany jest do zadawania pytań. Proces postępuje powoli, a pacjent zawsze może przerwać go w dowolnym momencie. Większość pacjentów cierpiących na ostrą postać fobii stomatologicznej była w stanie poddać się pierwszym zabiegom już po trzech — sześciu takich wizytach. Taki proces odwrażliwiania nazywany jest powszechnie techniką „powiedz – pokaż – wykonaj” [13].

Hipnoza jest techniką wywołującą stan, który przypomina sen, charakteryzuje się podwyższoną podatnością na sugestie. Osoba zahipnotyzowana znajduje się w stanie odprężenia zmniejszającym strach. Wykazano jednak, że hipnoza jest zawodna, gdy chodzi o wywołanie całościowej relaksacji, a ponadto wymaga dużego doświadczenia od osoby ją stosującej. Stąd też trening relaksacyjny jest o wiele bardziej efektywny i uniwersalny.

Biologiczne sprzężenie zwrotne (biofeedback) jest techniką pozwalającą pacjentowi na obserwację i pomiar osiągniętego poziomu relaksacji. Poprzez elektroniczny system liczników oraz sygnały dźwiękowe lub świetlne, można obserwować fizjologiczne zmiany w napięciu mięśni. Pacjent wykonuje ćwiczenia relaksacyjne będąc podłączony do maszyny biologicznego sprzężenia zwrotnego i tym samym jest w stanie obserwować swoje postępy

w rozluźnianiu mięśni [15,16].

Techniki rozpraszania uwagi polegają na stymulacji słuchowej lub wizualnej w celu odwrócenia uwagi pacjenta od przykrego bodźca. Te modulacje są najbardziej efektywne w przypadku pacjentów o średnim poziomie lęku oraz u dzieci.

Brak możliwości jakiegokolwiek wpływu na przebieg leczenia pacjenta jest najczęściej tym czynnikiem, który najbardziej przeraża osoby cierpiące na fobię. Ważne jest, aby zachodziło sprzężenie zwrotne pomiędzy działaniami stomatologa a reakcjami pacjenta. Taką możliwością wpływu jest umowa, że stomatolog przerwie zabieg, gdy pacjent podniesie rękę. Również pytanie go o to, czy wyraża zgodę na przejście do kolejnego etapu leczenia, jest uwzględnieniem jego decyzji. Podporządkowanie się stomatologa tym ustaleniom kontrolnym jest rzeczą niezbędną, która neutralizuje utratę zaufania pacjenta i redukuje nasilenie lękowe. Konieczny jest wybór właściwych modyfikacji — tych, które najlepiej spełnią potrzeby pacjenta. Sami pacjenci często zgłaszają pomysły zmian w procesie leczenia. Motywuje to stomatologa do rozważenia wszelkich możliwości.

Uwagi końcowe

1. Wielu pacjentów boi się odgłosów borowania i innych bodźców, których doświadczają siedząc w fotelu dentystycznym. Badania pokazują, że poczucie dyskomfortu u pacjentów obniżyło się, gdy słuchali muzyki w słuchawkach lub mogli oglądać TV (np. komedię lub inny film zajmujący uwagę).
2. Na zakończenie wizyty lekarz powinien spytać pacjenta o jego wrażenia. W ten sposób okazuje swoją troskę o niego, a także może uzyskać informacje zwrotne, które mogą przyczynić się do tego, aby następną wizyta była bardziej „komfortowa”.
3. Ważne jest dla pacjenta, aby mógł zapewnić sobie możliwość korzystania z usług stałego lekarza, który uwzględni w ramach informacji zwrotnych wszelkie uwagi co do sposobu leczenia (np. wyrazi zgodę na przynoszenie przez pacjenta własnych nagrań muzycznych, które ten będzie mógł odsłuchiwać w trakcie zabiegu).

Ludzie doświadczają mniejszego bólu, jeżeli czują, że obok jest ktoś, kto ich zna, dba o ich odczucia i próbuje im pomóc. Przyjęcie takiej postawy wobec pacjenta, bardziej niż cokolwiek innego, może pomóc ludziom, którzy boją się dentysty.

Odprężająca kolorystyka wewnątrz i wygodnie urządzone poczekalnia ułatwiają pacjentom relaks. Często najlepiej jest rozmawiać z lękowym pacjentem w otoczeniu, w którym nie znajduje się sprzęt stomatologiczny, aby obniżyć początkowy poziom lęku [17].

Podsumowanie

Współczesna stomatologia zrobiła wielki krok naprzód w tworzeniu otoczenia przyjaznego pacjentowi. Nowe techniki leczenia, metody relaksacji oraz nowe pokolenie pacjentów, którzy dorosli prawie wcale nie mając ubytków, dają stomatologom wiele szans, których nie mieli w przeszłości. Pomimo tego badania wykazują, że około połowa potencjalnych pacjentów unika regularnej opieki stomatologicznej. Wielu innych odwleka wizyty, nie przychodzi na nie lub rezygnuje z proponowanych zabiegów.

Ludzie nie postępują całkowicie racjonalnie. Rzadko kiedy beznamiętnie rozważają wady i zalety właściwej opieki stomatologicznej. Strach, a niekiedy lęk jest zdecydowanie „ważniejszy” niż korzyści wynikające z leczenia. Docenienie potęgi strachu i skierowanie

na niego bezpośredniej uwagi jest wielkim wyzwaniem dla stomatologów.

Osoby cierpiące na fobię okazują wielką wdzięczność lekarzowi i personelowi, który pomaga im go przezwyciężyć. Są również gotowi ponieść dodatkowe koszty związane z zapewnieniem im tego typu usług. Z drugiej strony, stomatolodzy często czują się skrzepowani, pobierając opłaty za usługi „niestomatologiczne”. Doradztwo dla osób cierpiących na fobię jest integralną częścią praktyki stomatologicznej i najlepiej, gdy przeprowadzane jest przez odpowiednio przygotowanych do tego profesjonalistów.

Leczenie osób cierpiących na fobię pozwala stomatologowi poszerzyć zakres swojej praktyki. Pacjenci zauważają taką zmianę i chętnie rekomendują taki gabinet innym osobom z podobnymi problemami.

Piśmiennictwo

1. Woolgrove J, Cumberbatch G. Dental anxiety and regularity of dental attendance. *J. Dent.* 1986; 14: 209–213.
2. Feinmann C, Harrison S. Liaison psychiatry and psychology in dentistry. *J. Psychiatr. Res.* 1997; 43: 467–476.
3. Asberg G, Carlsson GE. Functional disorders of the masticatory system: distribution of symptoms according to age and sex as judged from investigations by questionnaire. *Acta Odont. Scand.* 1972; 30: 597–613.
4. Tolksdorf W, Siefert S. Drug-related methods for alleviation of stress in dentistry. *Anesth. Pain Control Dent.* 1992; 1: 34–41.
5. Brauner A. Reduktion von Ängsten im Verlauf einer zahnherzlichen Behandlung. *Disch. Zahnortztl.* 1989; 44: 353–355.
6. Lader M. Treatment of anxiety. *Brit. Medical. J.* 1994; 309: 321–324.
7. Feinmann C, Harris M. Psychogenic facial pain. Part 1. The clinical presentation. *Brit. Dent. J.* 1984; 156–168.
8. Tay KM. The effect of instruction on dentists' motivation to manage fearful patients. *J. Dent.* June 1993; 444–448.
9. Slovin M, Shakin M. The child dental phobic. *New York State Dental Journal* 1992; 58: 39–42.
10. Scott D, Hirschman R. Psychological aspects of dental anxiety in adults. *J. Acad. Amer. Dent. Assoc.*, 1982; 104: 27.
11. Friendlander AH, Freymiller EG, Yagiela JA, Spencer E. Dental management of the adolescent with panic disorder. *J. Dent. Child.* 1993; 64: 365–371.
12. Malinowski J, Sporniak-Tutak K. Stany emocjonalne pacjentów związane z leczeniem stomatologicznym. *Czas. Stomat.* 1994; 4: 294–296.
13. Wolpe J, Lazarus A. Behavior therapy techniques. Oxford: Pergamon Press; 1966.
14. Jacobson E. Progressive relaxation. Chicago: University of Chicago Press; 1983.
15. Slovin M. Managing the anxious and phobic dental patient. *New York State Dental Journal*, 1997; 63: 36–40.
16. Miller T, Murphy P. Comparison of emg feedback and progressive relaxation training in treating circumscribed anxiety stress reactions. *J. Consulting/Clinical Psychol.* 1978; 46: 1291–1298.
17. Grochlewicz K, Piskorski P. Psychologiczne aspekty współpracy lekarza z pacjentem w profilaktyce i leczeniu stomatologicznym. *Czas. Stomat.* 1993; 7-8: 491–494.

Adres: Klinika Psychiatrii AM
ul. Broniewskiego 26
71-460 Szczecin